



Nur für unsere Patientinnen,
nicht zur Weitergabe bestimmt.

**Überörtliche Schwerpunktpraxis für
Frauenkrebsleiden und Ultraschalldiagnostik
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Dr. med. Thomas Resch
SP: Gynäkologische Onkologie

Dr. med. Bernhard Resch
ZB: Naturheilverfahren

Dr. med. Eva Voss
Gertrud-Piter-Platz 6 · 14770 Brandenburg
Tel.: 03381 / 300 905 · Fax: 03381 / 410 191
E-Mail: resch@rftonline.net
www.frauenaerzte-im-netz.de/resch

Zweigpraxis in Burg, Sachsen-Anhalt
Bruchstr. 8 (Schusterinsel), 39288 Burg
Tel. 03921 / 605 95 95
Fax 03921 / 256 96 63

Dr. med. Thomas Resch
Mittwoch – Chemotherapie
und Pränataldiagnostik

Monique Giensch
Sabine Achenbach



2 Service

Das neue Pflegestärkungsgesetz – Alle Änderungen auf einen Blick

4 Tipps für den Alltag

Sich wohlfühlen in seiner Haut – Pflegetipps

5 Ratgeber

Fatigue – Was Sie selbst gegen diese häufig auftretende unerwünschte Nebenwirkung einer Therapie tun können

6 Stichwort

Übergewicht und Fettleibigkeit erhöhen das Krebsrisiko

7 Stichwort

Therapieerfolg – Was bedeutet Heilung? Was ist ein Therapieerfolg?

8 Therapie

4P-Medizin – Ihre Bedeutung in der Behandlung von Krebspatienten

Liebe Patientinnen,

Stahl, Strahl und Chemie – sicher kennen Sie dieses schlagwortartig verkürzte Prinzip erfolgreicher Krebstherapie. Chirurgisch entfernen, nachbestrahlen und chemotherapeutisch behandeln: das war jahrzehntelang die uniforme Strategie zur Behandlung von Tumorpatienten. Die Instrumente haben ihre Bedeutung auch nicht verloren, aber die Perspektive hat sich in den letzten Jahren verschoben: nicht mehr der Tumor, sondern das Wohlbefinden des Patienten steht im Mittelpunkt.

Wir wissen heute wie wichtig präventives Verhalten im Sinne von Lebensstilanpassung und Vorsorgeun-

tersuchungen ist. Wir können heute präziser denn je, angepasst an den einzelnen Patienten personalisiert vorgehen und haben dazu sehr viel differenziertere Instrumente als das anfangs erwähnte schwere Geschütz zur Verfügung. Und wir legen Wert auf Partizipation, also auf die aktive Beteiligung unserer Patienten an der Therapieentscheidung. Mit anderen Worten: Die moderne Krebstherapie hat sich verändert, weg von einer nur reagierenden hin zu einer proaktiven und individualisierten Medizin.

Ihr Praxisteam

Dr. med. Thomas Resch



Impressum

© 19 | 3 | 2017, LUKON GmbH
ISSN 1436-0942
Lukon Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 600516, 81205 München

Chefredaktion:
Dr. med. Thomas Resch
(verantwortlich)

Redaktion: Tina Schreck,
Ludger Wahlers
Anzeigen: Reinhard Bröker,
Anschrift wie Verlag

Grafik-Design, Illustration:
Charlotte Schmitz

Druck: flyeralarm Würzburg

Verbesserte Bedingungen für die Pflege zuhause



Etwa 2,9 Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig, davon allein 1,6 Millionen mit demenziellen Erkrankungen. Mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen werden zuhause versorgt. Mit dem Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2017 haben sich die Bedingungen für die Pflege zuhause weiter verbessert. Die Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung sind

in der Regel abhängig vom individuell zu ermittelnden Pflegegrad, der die Einteilung in Pflegestufen abgelöst hat.

Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade hängt mit der Neudefinition der Pflegebedürftigkeit zusammen. Das Hauptkriterium für die Festlegung einer Pflegestufe war bislang vor allem die Zeit, die für die Unterstützung bei bestimmten Verrichtungen wie Körperpflege, Toilettengang und ähnlichem benötigt wird. Diese „Minutenpflege“ gehört seit dem 1. Januar 2017 der Vergangenheit an. Entscheidend ist nicht der in Zeit gemessene Hilfebedarf, sondern das, was der Pflegebedürftige noch selbstständig tun kann. Pflegebedürftig ist nach diesem Ansatz jeder, dessen Selbstständigkeit erheblich, schwer oder schwerst beeinträchtigt ist.

Für die Zuordnung zu einem der neu definierten fünf Pflegegrade ist es unerheblich, ob die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit körperliche oder psychische Ursachen hat. Anders als noch im letzten Jahr muss Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen also nicht mehr extra eine Einschränkung der Alltagskompetenz bescheinigt werden, damit sie in den Genuss von Pflegeleistungen kommen. Das ist eine der wesentlichen Verbesserungen, die das Pflegestärkungsgesetz mit sich bringt.

Detaillierte Begutachungskriterien

Für den medizinischen Dienst der Krankenkassen haben sich deshalb die Begutachungskriterien erheblich verfeinert. Herzstück ist die Prüfung der Selbstständigkeit in sechs Modulen: Mobilität, Kommunikation,

psychische Problemlagen, Fähigkeit zur Selbstversorgung, Umgang mit Therapieanweisungen und Gestaltung des Alltagslebens.

Für jedes der sechs Module gibt es detaillierte Anweisungen, was genau zu prüfen ist. In Bezug auf die Mobilität wird beispielsweise geprüft, ob der Pflegebedürftige seine Position im Bett wechseln oder eine stabile Sitzposition halten kann, ob er in der Lage ist, sich im Wohnbereich fortzubewegen oder Treppen zu steigen. Jede einzelne dieser Aktivitäten wird auf einer Skala von 0 (selbstständig) bis 3 (unselbstständig) bewertet und zu einem Punktwert für die Mobilität addiert. Die so ermittelten Punktwerte aus den sechs Modulen fließen in unterschiedlichem Ausmaß in die Gesamtbewertung. Auf Grundlage der Gesamtpunktzahl erfolgt dann die Zuordnung zu einem Pflegegrad (Abbildung).

Kein Pflegebedürftiger wird durch die Reform schlechter gestellt

Wer heute einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, wird nach diesem Schema begutachtet. Menschen, die bereits 2016 pflegebedürftig gewesen sind, benötigen keine neue Begutachtung, sondern werden in die neuen Pflegegrade übergeleitet. Grundsätzlich gilt: alte Pflegestufe plus 1 = neuer Pflegegrad. Pflegestufe 1 in 2016 bedeutet also Pflegegrad 2 in 2017. Wenn einem Pflegebedürftigen 2016 eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz attestiert worden ist, gilt die Formel: Pflegestufe plus 2 = neuer Pflegegrad. Leistungstechnisch besteht ein sogenannter Besitzstandsschutz. Das bedeutet, dass kein Pflegebedürftiger durch die Umstellung auf Pflegegrade materiell benachteiligt werden darf.

Monatliche Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege

Pflegegrad 1	
Entlastungsleistung	125 €
Pflegegrad 2	
Entlastungsleistung	125 €
Pflegegeld	316 €
Pflegesachleistung	689 €
Teilstationäre Pflege	689 €
Pflegegrad 3	
Entlastungsleistung	125 €
Pflegegeld	545 €
Pflegesachleistung	1298 €
Teilstationäre Pflege	1298 €
Pflegegrad 4	
Entlastungsleistung	125 €
Pflegegeld	728 €
Pflegesachleistung	1612 €
Teilstationäre Pflege	1612 €
Pflegegrad 5	
Entlastungsleistung	125 €
Pflegegeld	901 €
Pflegesachleistung	1995 €
Teilstationäre Pflege	1995 €

Pflegegeld, Pflegedienst und teilstationäre Pflege

Wer seinen pflegebedürftigen Angehörigen zuhause versorgen (lassen) möchte, hat dazu nach wie vor folgende Möglichkeiten:

- Auszahlung eines Pflegegeldes an pflegende Angehörige.
- Versorgung über Pflegesachleistungen, das heißt über einen von der Pflegekasse anerkannten Pflegedienst. Der Pflegedienst ist frei wählbar, die Honorierung erfolgt über die Pflegekasse.
- Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung: Der Pflegedienst wird auf bestimmte Leistungen oder auf eine bestimmte Stundenzahl beschränkt, das nicht verbrauchte Honorarbudget kann an pflegende Angehörige ausgezahlt werden.

Die Höhe der Pflegekassenleistungen richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad des Betroffenen (siehe Tabelle linke Seite).

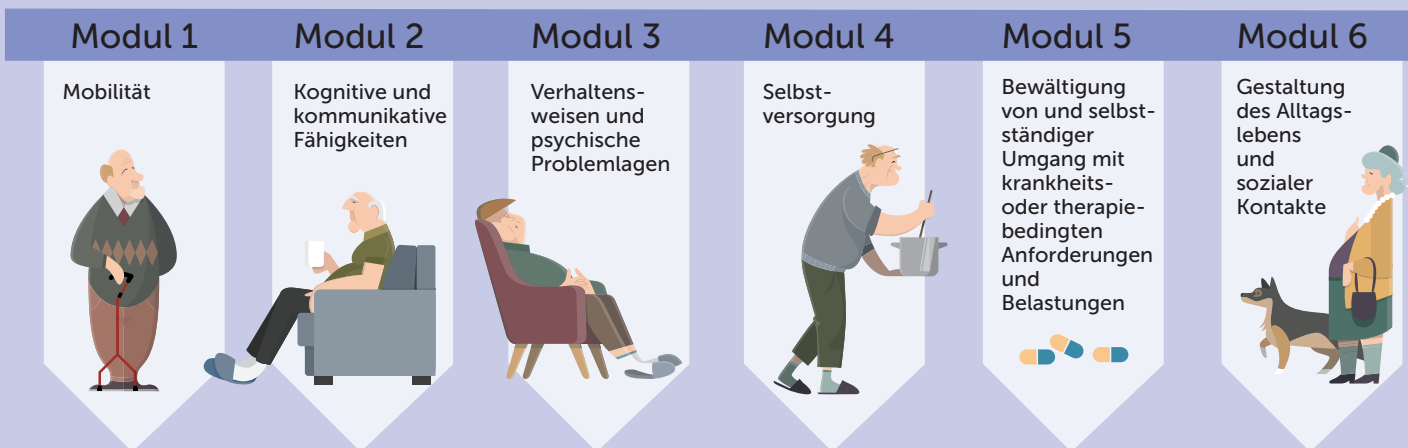
Sehr hilfreich ist für pflegende Angehörige darüber hinaus die teilstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen. Wenn es beispielsweise sinnvoll erscheint, den Pflegebedürftigen tagsüber in einer Pflegeeinrichtung versorgen zu lassen, zahlt die Pflegekasse dazu einen Zuschuss bis zum gesetzlich festgelegten Höchstbetrag, ohne dass dieser mit dem Pflegegeld oder der Pflegesachleistung verrechnet wird. Ferner steht zur Finanzierung zusätzlicher Betreuung- und Entlastungsleistungen ein Budget von 125 Euro monatlich zur Verfügung für Pflegebedürftige jeden Pflegegrades.

Auch die sogenannte Verhinderungspflege ist Teil der Leistungen. Das heißt, wenn die eigentlich pflegende Person verhindert ist, beispielsweise um im Urlaub neue Kräfte zu sammeln, zahlt die Pflegekasse für maximal sechs Wochen Abwesenheit pro Jahr einen Zuschuss von maximal 1612,00 Euro für nachgewiesene Kosten.

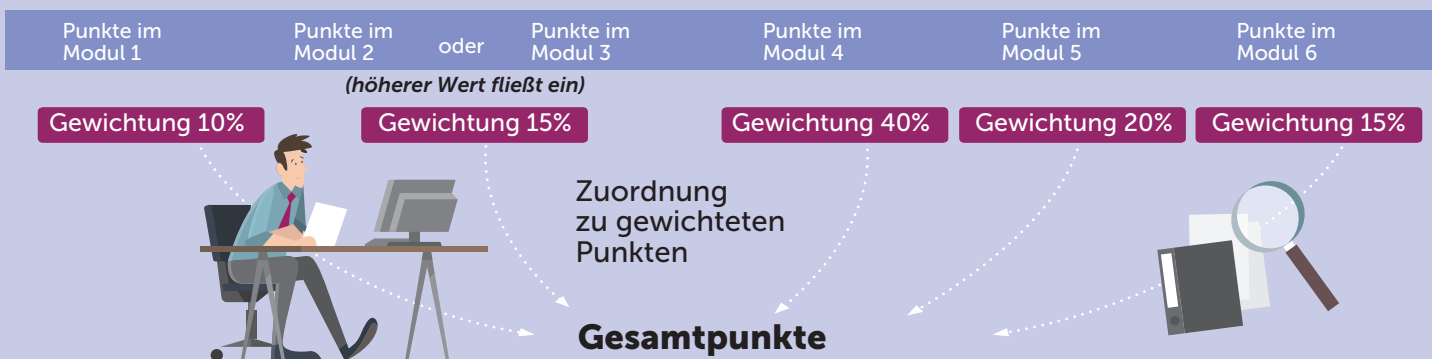
Weiterführende Informationen zum Thema hält Ihre Pflegekasse für Sie bereit. Informationen des Bundesgesundheitsministeriums finden Sie im Internet unter www.pflegestaerkungsgesetz.de. Kompetente Beratung erhalten Sie auch beim Bürgertelefon: 030/340 60 66-02.

So funktioniert die Berechnung der fünf Pflegegrade

1. Erfassung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten der Menschen in 6 Lebensbereichen



2. Berechnung und Gewichtung der Punkte



3. Einstufung in einen der fünf neuen Pflegegrade



Tipps für Ihre Hautpflege



Langes Duschen und Baden ist tabu



Einmal-Waschlappen und stets saubere Handtücher benutzen



Nur die schweißbildenden Körperregionen mit leicht saurer Lotion waschen, ansonsten nur mit Wasser spülen



Nach dem Waschen sorgfältig eincremen



Während der Therapie nicht das Lieblingsparfum benutzen



Schminken, aber richtig: Termine für Kosmetikseminare sind unter www.dkms-life.de (unter Programme & Seminare) abrufbar.



Wichtig: Gegen echte Hautkrankheiten kann auch die beste Hautpflege nichts ausrichten, da hilft nur ärztliche Intervention. Wenn Sie glauben, sich eine Hautinfektion zugezogen zu haben, dann kommen Sie bitte unverzüglich zu uns in die Praxis.

Sich wohlfühlen in seiner Haut

Sie schützt uns vor Austrocknung, Kälte, Hitze und UV-Strahlen, sie wehrt Krankheitserreger und Giftstoffe ab, sie spürt Wärme, Kälte und Druck, und sie ist für Streicheleinheiten, aber leider auch für die zellzerstörenden Wirkungen einer Krebsbehandlung empfänglich: die Rede ist von unserer Haut. Konsequente Hautpflege ist deshalb gerade während der Therapie wichtig.



Schnell wachsende Zellen, also auch Haar-, Haut- und Schleimhautzellen, werden durch die Therapie geschädigt, glücklicherweise bilden sich die Schäden nach Abschluss der Krebsbehandlung aber meist zurück. Typische Probleme während der Therapie sind Hauttrockenheit, Rötungen und Juckreiz. An den Schleimhäuten, beispielsweise im Mund, kommt es öfter zu Entzündungen. Außerdem erkranken Chemotherapie-Patienten häufiger an Infektionen mit Herpes-Viren oder Pilzen.

Prinzip Hygiene

Bei der Körperpflege sollte man jedes Mal einen frischen (Einmal-)Waschlappen und ein sauberes Handtuch benutzen. Jeder Kontakt mit Wasser und Seife laugt die Haut aus. Unparfümierte und alkoholfreie Waschlotionen mit einem pH-Wert von etwa 5,5 sind weniger schädlich. Meist genügt es außerdem, die schweißbildenden Körperregionen einzuseifen und die anderen Flächen nur mit klarem Wasser gründlich abzuspülen.

Prinzip Fett und Feuchtigkeit

Nach dem Waschen ist es wichtig, eine Feuchtigkeit spendende Creme aufzutragen; denn unsere Schweiß- und Talgdrüsen produzieren während einer Krebsbehandlung zu wenig Sekret. Achten Sie bitte darauf, die Creme nicht mit dem Finger, sondern mit einem Spatel aus dem Vorratstöpfchen zu entnehmen. So bleibt die Creme im Töpfchen „sauber“.

Wie gesagt, allein der Kontakt mit Wasser trocknet die Haut aus, langes Duschen und Baden ist während der Therapie daher tabu.

Alkohol, wie er in Aftershaves oder Pflegeserien zur Gesichtereinigung häufig enthalten ist, verstärkt den Austrocknungseffekt. Alkoholfreie Pflegemittel sind deshalb zu bevorzugen.

Trinken hilft!

Hochwertige Cremes und Lotionen können allerdings nur dann vor Austrocknung schützen, wenn Sie für den nötigen Flüssigkeitsnachschub sorgen. Trinken Sie viel Wasser – zwei Liter pro Tag sind ideal. Das tut nicht nur der Haut, sondern auch den Nieren gut. Denn die leisten während einer Therapie Schwerarbeit bei der „Entsorgung“ von Abbauprodukten der verwendeten Medikamente.

Vorsicht Geruchsfalle

Viele Patienten sind während der medikamentösen Therapie besonders geruchsempfindlich. Wenn Sie Ihr Lieblingsparfum auch während der Behandlung benutzen, könnte es deshalb passieren, dass Sie diesen früher als sehr angenehm empfundenen Duft nach Ende der Behandlung mit deren unangenehmen Begleiterscheinungen in Verbindung bringen und sich davor eckeln. Wenn Sie sich vor dieser „Geruchsfalle“ schützen wollen, dann verzichten Sie lieber für ein paar Wochen auf Ihr Parfum.

Schminken, aber richtig

Neben der eigentlichen Hautpflege gehört für viele Frauen zum persönlichen Wohlfühlen auch ein gepflegtes Make-up. Dagegen ist prinzipiell überhaupt nichts einzuwenden; denn sich wohl fühlen in seiner Haut fördert das Selbstwertgefühl und wirkt sich damit auch positiv auf den Therapieverlauf aus. Spezielle Kosmetikseminare bietet beispielsweise die Aktion DKMS LIFE an. <<

Fatigue

Quälende und unüberwindbare Müdigkeit – jede Aktivität bedeutet eine kaum zu bewältigende Anstrengung, die Konzentration fällt schwer, und im Lauf der Zeit fühlt man sich immer trauriger und ängstlicher: Neun von zehn Krebspatienten kennen diese Symptome. Sie sind typisch für die tumorbedingte Fatigue. Der Begriff bedeutet Ermattung, Müdigkeit oder auch Beschwernis.

Anders als die auf eine körperliche oder geistige Anstrengung folgende „normale“ Erschöpfung lässt sich eine Fatigue nicht durch Ruhephasen beseitigen. Betroffene Patienten fühlen sich trotz Erholung ständig müde.

Fatigue ist eine der bekannten unerwünschten Nebenwirkungen, die häufig in der Folge von Chemotherapien oder der modernen zielgerichteten Therapien auftritt. Auch das Stadium der Tumorerkrankung spielt eine Rolle: je weiter der Tumor fortgeschritten ist, desto ausgeprägter sind die Fatigue-Beschwerden.

Andere Grunderkrankungen ausschließen

Drei Ebenen dieses Erschöpfungssyndroms sind zu berücksichtigen:

- reduzierte **körperliche** Leistungsfähigkeit;
- starke **emotionale** Schwankungen (Patienten sind besonders traurig und ängstlich);
- **kognitive** Defizite (Betroffene können sich kaum konzentrieren und leiden unter regelrechten Denkblockaden).

Natürlich ist nicht jede Angst und auch nicht jede Erschöpfung mit einer Fatigue gleichzusetzen. Wenn eine Depression oder eine organische Erkrankung Ursache der Beschwerden ist, müssen wir diese Grunderkrankungen behandeln. Nicht selten finden wir beispielsweise eine Blutarmut (Anämie) oder eine Schilddrüsenunterfunktion als Auslöser der Erschöpfungsbeschwerden.

Akute und chronische Verlaufsformen

Sinnvoll ist es häufig auch, die Beschwerden zu objektivieren, das heißt genau nachzufragen, wie ausgeprägt die Fatigue ist. Wir bitten

Patienten dann, ihre Beschwerden auf einer sogenannten Analogskala von 1 (keine Beschwerden) bis 10 (größtmögliche Beschwerden) einzuordnen. Wichtig ist schließlich noch zu wissen, wann die Beschwerden erstmals aufgetreten sind und wie lange sie anhalten. Neun von zehn Krebspatienten beklagen Fatigue-Beschwerden. Bei 60 bis 80 Prozent ist die Fatigue etwa drei bis sechs Monate nach der Krebstherapie überwunden. Man spricht dann von einer akuten Fatigue. Bei 20 bis 40 Prozent gehen die Beschwerden über in ein chronisches Fatigue-Syndrom. Das ist offenbar besonders häufig bei Brustkrebs-Patientinnen, aber, wie wir seit Neuestem wissen, auch bei Prostatakarzinom-Patienten der Fall.

Patienten haben Angst, Beschwerden anzusprechen

Patienten mit Fatigue trauen sich häufig nicht, ihre Beschwerden anzusprechen. Sie meinen, Erschöpfung und Ermattung gehören zur Krankheit und ihrer Therapie dazu; manche befürchten auch, die schreckliche Müdigkeit könnte ein Zeichen für ein Wiederauftreten der Tumorerkrankung sein. Auch Angehörige sind verunsichert und schwanken zwischen einem „Stell Dich nicht so an“ und der tiefen Angst vor einem Fortschreiten der Erkrankung. Aufklärung ist deshalb für Patienten und Angehörige gleich wichtig: Fatigue ist eine Folge der Tumorerkrankung, die behandelt gehört. Sie einfach zu ignorieren, verschlimmert die Situation nur.

Fatigue nicht einfach hinnehmen

Leider kann man gegen Fatigue nicht einfach eine Tablette einnehmen oder eine Spritze verabreichen. Am erfolgversprechendsten ist ein Aktivierungsprogramm, das den Patienten schrittweise aus der Fatigue herausführt. <<

Was Sie gegen Fatigue tun können

- Sorgen Sie für einen strukturierten Tagesablauf mit individuell angepasster körperlicher Betätigung.
- Achten sie auf eine ausgewogene Ernährung mit genügend Flüssigkeitszufuhr.
- Unterteilen Sie den Tag in aktive und ruhige Zeiten. Führen Sie ein Aktivitäten-Tagebuch.
- Ausreichend Schlaf ist wichtig. Das Bett ist nur zum Schlafen da, nicht um fernzusehen oder zu essen.
- Wird das Schlafbedürfnis tagsüber übermächtig, legen Sie nur kleine Pausen ein.
- Zum Weiterlesen: Fitness trotz Fatigue – eine Broschüre der Deutschen Fatigue-Gesellschaft, Maria-Hilf-Straße 15, 50677 Köln.



Download unter www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de – Wichtige Infos/Bestellung Info-Material.



Übergewicht

Zu viele Kilos erhöhen das Krebsrisiko

Übergewicht und Fettleibigkeit sind unabhängige Risikofaktoren für die Entstehung von mindestens 13 Krebsarten. Das ist das Ergebnis einer im Sommer 2016 veröffentlichten Untersuchung der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC), einer Einrichtung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Besonders ausgeprägt sind die Effekte bei Tumoren der Gebärmutter Schleimhaut und der Speiseröhre.

Wer sich vor dem erhöhten Risiko schützen möchte, sollte also dafür sorgen, dass sein Gewicht im Normalbereich, sprich bei einem BMI von 18,5 bis maximal 24,9 liegt. Allerdings bildet der BMI allein die Wirklichkeit nicht korrekt ab. Ein Leistungssportler, der bei einer Körpergröße von 1,96 Metern 105 Kilogramm wiegt, hat zwar einen BMI von 27,3, liegt also deutlich über der Grenze von 24,9. Als australischer Sportler hat er aber einen Körperfettanteil von nur etwa 10 Prozent, deshalb ist sein Ernährungszustand nicht besorgniserregend.

Umgekehrt kann es auch sein, dass ein äußerlich schlanker Mensch trotz eines BMI unter 24,9 ein erhöhtes Krebsrisiko trägt, wenn sein Körperfettanteil wegen zu geringer körperlicher Aktivität zu hoch ist. Im Zweifelsfall entscheidend ist der – vor allem bei übergewichtigen Männern häufige – Bauchfettanteil. Dieses Fettgewebe kann bestimmte Hormone produzieren oder dauerhaft Immunzellen anlocken und so das Fettgewebe in den Zustand einer chronischen Entzündung versetzen. Beide Prozesse begünstigen die Entstehung und das Wachstum von Tumoren.

Für Krebspatienten spielt Übergewicht eher selten eine Rolle

Die Ergebnisse der IARC-Arbeitsgruppe gelten also im Hinblick auf das Krebsrisiko ansonsten gesunder Menschen. Ist Übergewicht auch ein (weiterer) Risikofaktor für bereits an Krebs erkrankte Menschen? – Diese Frage lässt sich nur individuell auf den einzelnen Patienten bezogen beantworten. Viele Brustkrebspatientinnen neigen tatsächlich zur Gewichtszunahme während der Therapie.

Woran das genau liegt und ob eine Antihormontherapie damit zu tun hat, ist noch nicht endgültig belegt. Klar ist aber, dass bei einem

Übergewicht und Fettleibigkeit wurden in diesem IARC-Bericht anhand des sogenannten Body-Mass-Index, kurz BMI, beurteilt (Kasten). Werte zwischen 18,5 und 24,9 gelten definitionsgemäß als normal, über 25 beziehungsweise 30 aber signalisieren sie Übergewicht und Fettleibigkeit.

Mehr als 1000 Studien beurteilt

Nach der Durchsicht von mehr als 1000 epidemiologischen Studien kamen die Experten zu dem Ergebnis, dass Übergewicht das Risiko für Tumoren von Darm, Magen, Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse um 20 bis 50 Prozent erhöht. Bei Fettleibigkeit wächst das Erkrankungsrisiko sogar um 50 bis 80 Prozent. Am höchsten war der Effekt der Fettleibigkeit beim Krebs der Gebärmutter Schleimhaut: Frauen mit einem BMI von mehr als 40 hatten gegenüber Normalgewichtigen ein um den Faktor 7,1 erhöhtes Erkrankungsrisiko (Tabelle).

Body-Mass-Index

BMI 18,5 bis 24,9	Normalgewicht
BMI 25,0 bis 29,9	Übergewicht
BMI 30,0 bis 34,9	Fettleibigkeit, Klasse 1
BMI 35,0 bis 39,9	Fettleibigkeit, Klasse 2
BMI ≥40	Fettleibigkeit, Klasse 3

Der Body-Mass-Index (BMI) ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) und dem Quadrat der Körpergröße in Metern. Ein 1,80 m großer und 90 kg schwerer Mann hat also einen BMI von $90 : 1,80^2 = 27,8 \text{ kg/m}^2$, ist demnach übergewichtig.

Krebsrisiko und Übergewicht beziehungsweise Fettleibigkeit

Krebsart	Erhöhung des Erkrankungsrisikos durch Übergewicht	Fettleibigkeit
Darm	20 – 50%	50 – 80%
Magen	20 – 50%	50 – 80%
Leber	20 – 50%	50 – 80%
Gallenblase	20 – 50%	50 – 80%
Pankreas	20 – 50%	50 – 80%
Nieren	20 – 50%	50 – 80%
Speiseröhre (Adenokarzinom) Faktor 4,8		
Brust (bei Frauen nach den Wechseljahren) 10% pro 5 BMI-Einheiten		
Eierstöcke	10%	
Schilddrüse	10%	
Gebärmutter Schleimhaut (Typ I)	50%	bis zu Faktor 7,1
Multipl. Myelom	20%	50%
Meningeom (meist gutartiger Hirnhauttumor) 50%		

dauerhaften BMI von über 30 auch das individuelle Rückfallrisiko erhöht ist.

Patienten mit Magen- oder Darmkrebs neigen während der Therapie eher zu Gewichtsverlust und brauchen bis zur Normalisierung der Nahrungsaufnahme meist viel Geduld. Bei Krebs der Bauchspeicheldrüse besteht ein grundsätzliches Ernährungs- und Verdauungsproblem. Starker Gewichtsverlust ist nicht selten. Dasselbe gilt für Lungenkrebspatienten: Sie verlieren meist deutlich an Gewicht, und zwar schon längere Zeit vor der Diagnose. Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren leiden nicht selten unter Kau- und Schluckstörungen. Sie benötigen unter Umständen eine Trinknahrung oder müssen zusätzlich über eine Sonde ernährt werden. <<

Gemeinsam zum Therapieerfolg

Wer schon einmal an einer schweren Virusinfektion erkrankt war und wieder genesen ist, wird sich als geheilt betrachten. Anders bei Krebserkrankungen: Anstelle von Heilung sprechen wir Ärzte lieber von Therapieerfolg, denn ein bösartiger Tumor ist nur selten endgültig besiegt. Andererseits kann man auch mit noch nachweisbaren Tumorresten gut leben. Und auch das ist dann ein Therapieerfolg. Wie man ihn prinzipiell erreicht, das erläutern wir in diesem Beitrag.

Vor 1980 starben etwa zwei Drittel aller Krebspatienten an den Folgen ihrer Tumorerkrankung, heute hat mehr als die Hälfte aller Betroffenen die Aussicht auf einen Therapieerfolg ohne wesentliche Einschränkung der Lebenserwartung. Doch selbst wenn ein Primärtumor operativ komplett entfernt werden konnte, bilden sich manchmal noch nach Jahren Tochtergeschwülste (Metastasen). Sie können aus einzelnen Krebszellen entstehen, die sich schon vor der Operation in Lymphknoten, im Knochenmark oder in anderen Organen abgesiedelt haben. Solche Kleinst- oder Mikrometastasen entstehen bei manchen Krebserkrankungen bereits in sehr frühen Tumorstadien.

Therapie bei lokalisierten Stadien

Ist der Tumor noch auf ein Organ oder ein Gewebe beschränkt, werden zunächst Therapieformen eingesetzt, die möglichst nur die bösartige Geschwulst treffen sollen – Operation und Strahlentherapie. Im Rahmen der Operation werden der Tumor selbst und meist auch ein Stück des ihn umgebenden Gewebes herausgeschnitten. Auf diese Weise hofft man, auch solche Tumorzellen zu entfernen, die in die Umgebung des Tumors ausgewandert sind. Um den Behandlungserfolg zu stabilisieren, folgt auf die Operation nicht selten eine adjuvante (ergänzende) Chemotherapie.

Eine Chemotherapie wird bei manchen Patienten auch vor der Operation (neoadjuvant) durchgeführt. Damit soll der Tumor zunächst medikamentös verkleinert werden, um ihn anschließend mit größeren Erfolgsaussichten operativ entfernen zu können. Zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs wird nach der Operation manchmal eine Nachbestrahlung verordnet. Das geschieht regelmäßig nach Brust erhaltenden Operationen des

Mammakarzinoms oder wenn der Verdacht besteht, dass mikroskopisch kleine Tumorreste im Körper verblieben sein könnten.

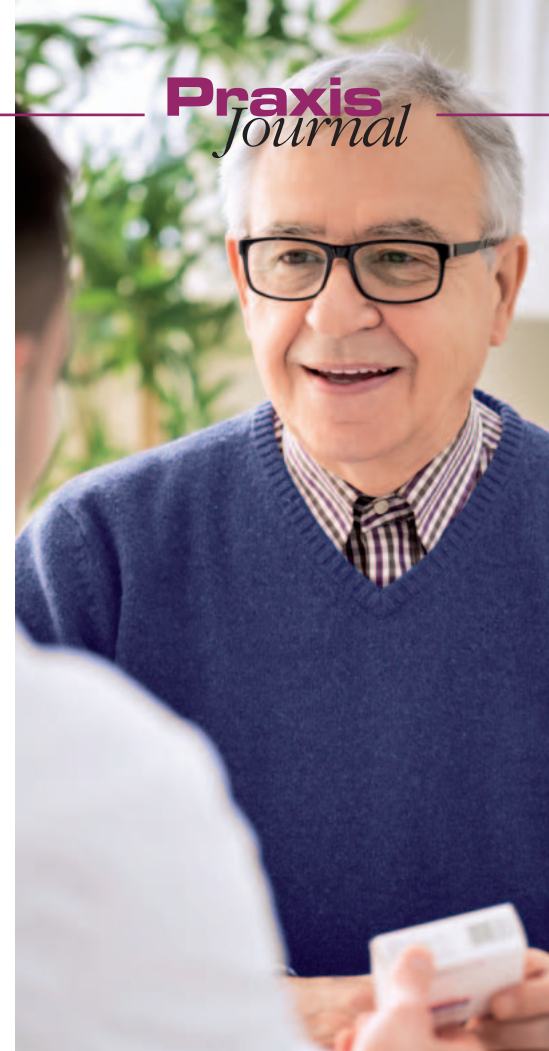
Die Strahlentherapie kann die Operation auch komplett ersetzen, vor allem dann, wenn die Operation technisch nicht möglich ist – also wenn man den Tumor mit dem Skalpell nicht erreichen kann – oder wenn das Operationsrisiko für den Patienten zu groß ist. Andere Methoden zur Behandlung lokaler Tumoren nutzen Laserstrahlen sowie die Erhitzung oder die Vereisung des Tumorgewebes.

Behandlung fortgeschrittener Stadien

In fortgeschrittenen Stadien gewinnt speziell die Chemotherapie an Bedeutung, weil sie stets auf den gesamten Organismus wirkt. Darüber hinaus spielt die sogenannte Immuntherapie seit einigen Jahren eine immer größere Rolle. Spezielle Signalstoffe des Immunsystems kommen ebenso zum Einsatz wie im Labor gezüchtete Antikörper, die in der Lage sind, bestimmte Strukturen auf Krebszellen zu erkennen. Mit der gezielten Immuntherapie gelingt es außerdem, die Abwehrzellen des Patienten gegen den Tumor scharf zu stellen. Diese Aktivierung des körpereigenen Immunsystems funktioniert bislang allerdings nur bei Patienten mit schwarzem Hautkrebs, mit bestimmten Lungenkrebsarten und mit Nierenzellkarzinom. Darüber hinaus stehen auch sogenannte zielgerichtete Medikamente zur Verfügung, mit denen sich die Übertragung von Wachstumsignalen in Tumorzellen unterbinden und damit das Tumorwachstum bremsen lässt.

Therapieerfolg ist individuell

Was im Einzelfall Therapieerfolg bedeutet, besprechen wir individuell mit jedem Patienten. Gemeinsam erörtern wir die Frage, ob



Lange Zeit galt in der Tumorthherapie das Paradigma des möglichst langen Überlebens um (fast) jeden Preis. Der Erfolg einer Therapie ist heute sehr viel enger mit der zu erreichenden Lebensqualität verknüpft. Mit anderen Worten: Ziel der Therapie ist nicht, dem Leben Jahre, sondern den Jahren Leben zu geben.

eine dauerhafte Heilung mit erträglichen Behandlungs-Nebenwirkungen erreichbar erscheint. Selbst wenn sich herausstellt, dass eine Heilung nicht möglich ist, lässt sich aber möglicherweise eine komplette Remission (CR) erreichen. Von CR spricht man, wenn im Körper keine Krebszellen mehr nachweisbar sind. Als teilweise oder partielle Remission (PR) werden Therapie-Ergebnisse bezeichnet, wenn der Tumor im Lauf der Behandlung mindestens um die Hälfte kleiner wurde.

Die Zeit von der kompletten Remission bis zum Wiederauftreten der Erkrankung nennen Ärzte rückfallfreies Intervall. Ab einem fünfjährigen rückfallfreien Intervall sind die Aussichten auf dauerhafte Heilung je nach Krebsart vergleichsweise gut. Bei manchen Patienten kann die Tumorerkrankung zum Stillstand gebracht werden, ohne dass sie ganz verschwindet. Sie gilt dann als stabile Erkrankung, die regelmäßiger ärztlicher Versorgung bedarf. <<

P4

Krebstherapie der Zukunft

Stahl, Strahl und Chemie – dieses Trio wird häufig genannt, wenn es um die Prinzipien der Krebstherapie geht. Zwar haben Chirurgie, Strahlen- und Chemotherapie nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Tumorbekämpfung, allerdings werden sie heute sehr viel genauer angepasst auf die Situation beim einzelnen Patienten. Beim Deutschen Krebskongress 2016 waren sich die Experten deshalb einig: Moderne Krebstherapie ist durch vier Ps gekennzeichnet: Sie ist präventiv, personalisiert, präzise und partizipativ.



Moderne Krebsmedizin setzt auf Prävention

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass etwa 30 Prozent aller Krebserkrankungen lebensstilbedingt sind. Tabakrauchen erhöht das Risiko um das 10- bis 20-Fache, fettleibige Frauen haben ein immerhin verdoppeltes Risiko an Brustkrebs zu erkranken. Wer mit dem Rauchen aufhört, sich regelmäßig bewegt und so sein Gewicht auf einen Body-Mass-Index unter 30 kg/m² reduziert, tut das Entscheidende, um Krebs vorzubeugen. Moderne Krebsmedizin ist präventiv auch im erweiterten Sinn. Sie setzt auf Früherkennungsprogramme für Gesunde und kümmert sich um die Vorbeugung von Rückfällen nach überstandener Krebserkrankung.

Moderne Krebsmedizin ist personalisiert

Seit Wissenschaftler in der Lage sind, die Erbinformationen gesunder und erkrankter Zellen innerhalb kurzer Zeit und mit vertretbaren Kosten komplett zu entschlüsseln, ist es möglich geworden, Patienten in Gruppen mit bestimmten genetischen Merkmalen einzuteilen. Das so ermittelte genetische Profil eines Tumors ist einzigartig und kann wertvolle Hinweise bei der Auswahl der richtigen Therapie liefern. Letztlich geht es darum, genau definierte Patientengruppen mit Medikamenten zu behandeln, die auf das genetische Profil ihrer Zellen zugeschnitten sind. Das funktioniert bereits heute bei bestimmten Brustkrebsarten, aber auch bei der Therapie von Untergruppen des nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms. Moderne Krebsmedi-

zin ist also auf die einzelne Person, genauer: auf die Erbinformation ihrer Tumorzellen zugeschnitten, sie arbeitet personalisiert.

Moderne Krebsmedizin ist präzise

In vielerlei Hinsicht ist die Krebsmedizin in den letzten Jahren präziser geworden. Die Fortschritte in der molekularen Analyse des Erbguts haben dazu entscheidend beigetragen und werden immer mehr dafür sorgen, dass eine für den einzelnen Patienten maßgeschneiderte medikamentöse Therapie ausgewählt werden kann. Präzision bedeutet aber auch, dass es immer besser gelingt, gesundes Gewebe zu schonen und Tumorgewebe ge-

zielt anzugreifen. Innovative Bestrahlungsmethoden wie die Protonentherapie und neue chirurgische Techniken wie die fluoreszenzgestützte Mikrochirurgie oder roboterassistierte OP-Techniken haben die Krebstherapie präziser gemacht.

Moderne Krebstherapie ist partizipativ

Bei aller Begeisterung für die Fortschritte der Krebsmedizin ist das medizinisch Machbare nicht das ausschlaggebende Kriterium für die Wahl einer bestimmten Therapie. Entscheidend ist vielmehr die persönliche Lebenssituation des Patienten, entscheidend sind seine Wünsche, Überzeugungen und Wertvorstellungen. Aus diesem Grund ist es wichtig, Patienten die Möglichkeiten ihrer Behandlung zu erläutern und sie in die Therapieentscheidung einzubinden. Derartig beteiligte (partizipierende) Patienten sind weniger ängstlich oder depressiv. Wir Ärzte sind daher aufgefordert, die Kommunikation mit unseren Patienten in diese Richtung zu verbessern.

Das Wohlbefinden des Patienten im Mittelpunkt

Nicht das medizinisch Machbare, nicht die Krankheit als solche, sondern das Wohlbefinden des einzelnen Patienten steht im Mittelpunkt aller medizinischen Maßnahmen. Auf diese Weise verändert sich die Krebstherapie weg von einer nur reagierenden hin zu einer proaktiven und individualisierten Medizin. Die P4-Medizin bietet enorme Chancen und viele Ansatzpunkte im Kampf gegen die Volkskrankheit Krebs, an der jährlich in Deutschland 480 000 Menschen neu erkranken. <<

Leroy Hood

Der US-amerikanische Pionier der biomedizinischen Forschung hat die Grundlagen der P4-Medizin bereits vor mehr als zehn Jahren formuliert. Er hat in der Zwischenzeit ein Institut gegründet, in dem weiter zu dem P4-Modell geforscht wird. Eine wichtige Voraussetzung einer erfolgreichen P4-Medizin ist der Umgang mit großen Datenmengen; denn um molekulare Ursachen komplexer Erkrankungen zu erforschen, müssen genetische sowie biologische, klinische und soziodemographische Daten größerer Patientengruppen erhoben und in Beziehung zueinander gesetzt werden. Weitere Einzelheiten unter www.p4mi.org.



Foto: Robin Layton, Institute for Systems Biology